

Endoskopik Retrograt Kolanjiopankreatografi Sonrası Gelişen Bilateral Pnömotoraks Olgu Sunumu ***Bilateral Pneumothorax After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: a Case Report***

Bartu Badak, Arda Şakir Yılmaz

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Özet: Endoskopik retrograt kolanjiopankreatografi (ERKP), pankreas ve safra yolu hastalıklarının tanı ve tedavisinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Güvenli bir yöntem olarak kabul edilmesine rağmen kanama, perforasyon, pnömotoraks gibi ciddi komplikasyonlar da görülebilmektedir. Bu yazıda biz ERKP işlemi sonrası bilateral pnömotoraks gelişen hastamızın tedavi sürecini sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: ERKP, pnömotoraks, perforasyon

Badak B. Yılmaz ŞA. (2018). *Endoskopik Retrograt Kolanjiopankreatografi Sonrası Gelişen Bilateral Pnömotoraks Olgu Sunumu*, *Osmangazi Tıp Dergisi* 40(1): 90-93 **Doi:** 10.20515/otd.317389

Abstract: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is a method that commonly used for diagnosis and treatment in pancreatic and biliary tract diseases. Although it's known as a safe procedure; serious complications like bleeding, perforation and pneumothorax can occur. In this writing we aimed to present a patient with bilateral pneumothorax after ERCP.

Keywords: ERCP, pneumothorax, perforation

Badak B. Yılmaz SA. (2018). *Bilateral Pneumothorax After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: a Case Report*, *Osmangazi Journal of Medicine* 40(1):90- 93 **Doi:** 10.20515/otd. 317389

1. Giriş

Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERKP); pankreas ve safra yolları hastalıklarının tanı ve tedavi sürecinde en sık başvurulan yöntemlerden biridir (1). Bu işlemin kolay, ulaşılabilir ve güvenilir olmasının yanı sıra bir takım ölümcül komplikasyonlara yol açabileceği de unutulmamalıdır. Pankreatit, kanama, kolanjit, perforasyon ve sepsis gibi ciddi komplikasyonların da aralarında bulunduğu bu durumlarla karşılaşma oranı % 4-10 olmasının yanı sıra ölüm riski de yaklaşık % 0,4 civarlarındadır (2,3,4).

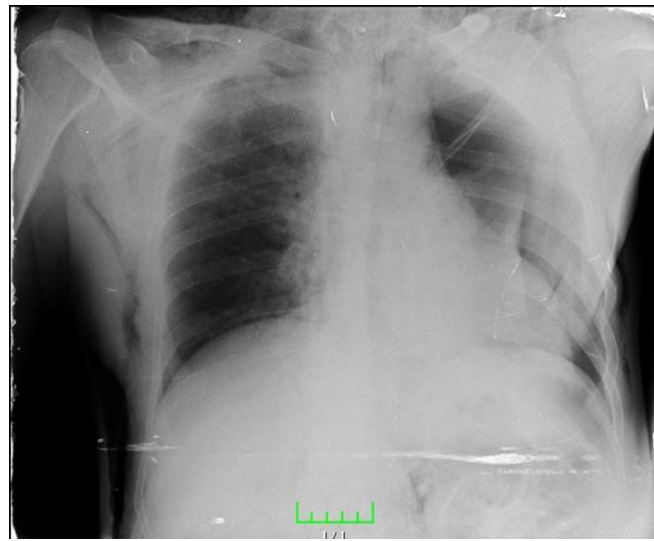
ERKP işlemi esnasında iyatrojenik duodenum perforasyonu %1-2 sıklıkla görülür ve yüksek oranda (%20) mortalite riski içerir. Kimi vakalar; perfore alanın genişliğine bağlı olmakla birlikte basit tıbbi müdahale ile tedavi edilebilirken kimi vakalarda ise peritonit ve sepsis gibi ciddi komplikasyonların gelişmesi nedeni çoklu cerrahi girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır.(1,5,6)

Bu yazıda tıkanma ikteri nedeniyle ERKP yapılan, sonrasında akut batın ile birlikte pnömotoraks ve cilt altı amfizem gelişen bir olgu literatür bilgisi eşliğinde anlatılmıştır.

2. Olgu

43 yaşında erkek hasta 2 gündür sağ üst kadranda ağrı ve son 1 gündür olan sarılık şikayeti nedeniyle servise tıkanma ikteri tanısıyla yatırıldı. Hastanın laboratuvar incelemesinde; hemoglobin 14 gr/dl, lökosit değeri 6700/mm³, total bilirubin/direkt bilirubin:7.5/4.61mg/dl, AST:365U/l, ALT:793U/l, BUN:9.2mg/dl, kreatin değeri:1.04mg/dl olarak saptandı.

Hastanın çekilen tüm abdomen ultrasonografisinde safra kesesi içerisinde çok sayıda taş saptandı. İktere yönelik hastaya yapılan MRCP (manyetik rezonans kolanjiopankreatografi)'de koledok orta kesimde milimetrik birkaç adet taş ile uyumlu olabilecek görünüm saptanması ve 3 günlük takip sonrası ikterik tablonun azalmaması üzerine ERKP planlandı. ERKP ile taş çıkarılmaya çalışılmış, safra ve safra çamuru geldiği görülmüş ve işleme komplikasyonsuz olarak son verilmiş olmasına rağmen hastanın yoğun bakım takibine alındığı sırada gelişen akut batın bulguları, solunum sıkıntısı ve umblikus bölgesinden mandibular çentiğe kadar cilt altı amfizem olması nedeni hastaya portable PA AC grafisi çekildi (Resim 1).



Resim 1. PA akciğer grafisi

Çekilen PAAC grafide bilateral pnömotoraks (sol akciğer geniş, sağ minimal) saptanması üzerine sol akciğere göğüs tüpü takıldı. Solunum sıkıntısı ve karın ağrısı artan hasta ileri tetkik gereği duyulmadan acil şartlarda operasyona alındı. Laparotomi sırasında retroperitonda kirlenme olduğu gözlemlendi, fakat perforasyon ile uyumlu görünüm izlenmemesi üzerine kolesistektomi, koledokotomi, T-tüp drenaj yapıldı ve operasyona son verilerek hasta yoğun bakım takibine alındı. 5 gün orali kapalı ve antibiyoterapi baskısı altında (ikinci kuşak sefalosporin- 5 gün süre ile) yoğun bakımda takip edilen hasta, klinik ve fizik muayenesinde dramatik iyileşme görülmesi üzerine normal yataklı servise alınıp kademeli olarak oral alımı arttırıldıktan sonra ameliyattan sonraki 10. günde 6 ay sonrasına endoskopi kontrolü önerilip şifa ile ayaktan taburcu edildi.

3. Tartışma

ERKP işlemi esnasında iyatrojenik duodenum perforasyonuna bağlı pnömooperitonyum, pnömomediastinum, pnömotoraks ve subkutan amfizem nadir görülen ancak ivedilikle müdahale gerektiren oldukça ciddi ve ölümcül komplikasyonlardır (7).

Stapfer ve ark. (8) perforasyonun yerini, hastalığın progresyonunu ve tedavi şeklini belirlemek amacıyla ERKP'ye bağlı duodenum perforasyonlarını dört gruba ayırmışlardır (Tablo 1).

Tip I sıklıkla intra ve retroperitoneal alana kontrast madde kaçımasının görüldüğü; acil cerrahi girişim uygulanması gereken ve pilor eksklüzyonu, gastrojejunostomi veya tüp duodenostomi gibi ek girişimlere ihtiyaç duyulabilen, Tip II ise; tanısı üst gastrointestinal sistem kontrastlı tetkikleri ya da BT (bilgisayarlı tomografi) ile konulabilen olgular olarak sınıflandırılmıştır. Tip II olguların çoğunlukla tıbbi tedavi ile takibe olumlu cevap veren olgulardan oluştuğu bildirilmiştir. Tip III perforasyonlar distal safra kanalının enstrümantasyon (basket, guide...) sırasında oluşan küçük yaralanmalarıdır ve spontan iyileşmeye eğilimlidirler. Bu gruptaki hastalar da çoğunlukla tıbbi tedavi ve takibe olumlu cevap vermektedirler. Tip IV olgular ise yalancı perforasyonlardır, lümen bütünlüğü bozulmamıştır ve cerrahi işlem gerektirmezler (6,8).

Tablo 1.

ERKP'ye bağlı duodenum perforasyonu tipleri

| Perforasyon Tipleri | Tanımlama |
|---------------------|--|
| Tip I | Duodenum iç veya dış duvar perforasyonları |
| Tip II | Ampulla Vateri çevresindeki perforasyonlar |
| Tip III | Distal koledok perforasyonları |
| Tip IV | Retroperitoneal bölgede hava saptanması |

Bizim olgumuzda bilateral pnömotoraks tetikleyen, retroperitona olan hava kaçımasının sebep olduğu fakat duodenal perforasyonun gözle görülebilen bir sebep olmadığı görülmüş ve postoperatif dönemde spontan gerileme olduğu anlaşılmıştır.

Duodenum perforasyonlarının tanısı işlem sırasında ve sonrasında yakın klinik takip ve üst abdomen kontrast grafileriyle de konulabilir. İşlem sonrası çekilen batin grafisi, ve üst karın tomografisi diğer aşamalarıdır (1,5,6).

Son dönemde akut batin düşünülen vakalarda laparoskopi tanı ve tedavide sıklıkla uygulanmaktadır (9). Tanı konduktan sonra

mevcut sorunun çözümü için kapalı veya açık cerrahi ile devam edileceği konusunda doğru karar vermek gerekmektedir. Laparoskopik olarak duodenum eksplorasyonu ve retroperitoneal duodenum yaralanmalarında tamirin oldukça zor girişimsel işlemler olduğu unutulmamalıdır.

4. Sonuç

ERKP çok sık kullanılmasına ve ehil ellerce yapılmasına karşın az da olsa mortalite riski yüksek sorunlara neden olmaktadır. Çıkacak sorunlar açısından ERKP'nin acil müdahalenin yapılabilirdiği ve yoğun bakıma

ulaşımın kolay olduğu merkezlerde uygulanması önerilmektedir. Ayrıca bizim olgumuzda da görüldüğü üzere ERKP sonrası en az 24 saat yoğun bakım takibinin yapılması

gerektiği; kanama, perforasyon, pankreatit riskine karşı temkinli olma gereksinimi unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Cotton PB, Lehman G, Vennes J, Geenen JE, Russell RC, Meyers WC et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. *Gastrointest Endosc*, 1991; 37: 383-393.
- 2- Sang Yun Song, Kyo Seon Lee, Kook Joo Na, and Byoung Hee Ahn. Tension Pneumothorax After Endoscopic Retrograde Pancreatocholangiogram. *J Korean Med Sci*: 2009;24(1):173-5
- 3- L. Fujii, A. Lau, D. E. Fleischer and M. E. Harrison .Successfull Nonsurgical Treatment of Pneumomediastinum, Pneumothorax, Pneumoperitoneum, Pneumoretroperitoneum, and Subcutaneous Emphysema Following ERKP. *Gastroenterol Res Pract* 2010;2010:289135
- 4- 4-Martin DF, Tweedle DE. Retroperitoneal perforation during ERCP and endoscopic sphincterotomy: causes, clinical features and management. *Endoscopy*, 1990; 22: 174-175.
- 4- Maria Stapfer, R.Rick Selby, Steven C. Stain, Namir Katkhouda, Dilip kumar Parekh, Nicolas Jabbour et al. Management of duodenal perforation after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy. *Ann Surg*, 2000; 232: 191-198.
- 5- Preetha M, Chung YF, Chan WH, Ong HS, Chow PK, Wong WK et al. Surgical management of endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related perforations. *ANZ J Surg*, 2003; 73: 1011-1014.
- 6- Colton JB, Curan CC. Quality Indication, Including Complication, of ERKP in a Community Setting: A Prospective Study. *Gastrointest Endosc* 2009;70:457-67
- 7- Maria Stapfer , R.Rick Selby, Steven C. Stain, Namir Katkhouda, Dilipkumar Parekh, Nicolas Jabbour et al. Management of duodenal perforation after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy. *Ann Surg*, 2000; 232: 191-198.
- 8- Howard TJ, Tan T, Lehman GA, Sherman S, Madura JA, Fogel E et al. Classification and management of perforations complicating endoscopic sphincterotomy. *Surgery*, 1999; 126: 658-665